Ueber

PERITYPHLITIS.

INAUGURAL-DISSERTATION.

Der Hohen medicinischen Facultät

der

Königlichen Julius-Maximilians-Universität

zu

Würzburg

vorgelegt von

Dr. Norberto de Campos Freire

aus

Piracicaba (Brasilien).

WÜRZBURG.

Buchdruckerei Würzburger Telegraph.

1882.

Ueber

PERITYPHLITIS.

INAUGURAL-DISSERTATION.

Der Hohen medicinischen Facultät

der

Königlichen Julius-Maximilians-Universität

zu

Würzburg

vorgelegt von

Dr. Norberto de Campos Freire

aus

Piracicaba (Brasilien).

WÜRZBURG.

Buchdruckerei Würzburger Telegraph.

1882.

Seiner

Lieben Mutter

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549806_0155

REFERENT: HERR HOFRATH PROFESSOR DR. RINDFLEISCH.

I.

Die in der fossa iliaca dextra verlaufenden entzündlichen Krankheits-Processe hängen so sehr von einander ab, bedingen sich gegenseitig so vielfach, gehen auf so zahlreichen Punkten in einander über und rufen so ähnliche Symptome hervor, dass man sie einer völlig gesonderten Betrachtung kaum unterziehen kann und ohne Zweifel am Besten thut, dem Beispiele Bambergers unter den Neueren folgend, sie als Entzündungen in der „rechten Fossa iliaca" zusammenzufassen. Drei gewöhnlich mit besonderen Namen bezeichnete Krankheits-Species sind es, welche auf diesen Collectiv-Namen Anspruch haben würden: die Typhlitis, die Perityphlitis und die Entzündung des wurmförmigen Fortsatzes. Indessen wenn auch die intime Zusammengehörigkeit dieser drei Krankheitsprocesse ohne Weiteres einleuchtet, wenn beispielsweise die Perityphilitis aus der Typhilitis hervorgehen, jene wiederum zur Ursache dieser werden, andererseits die Perityphlitis als Ausgang entzündlicher Zerstörungen des processus vermiformis dastehen kann, u. s. w., ja wenn im Grunde den genannten drei Krankheitsvorgängen, als unmittelbar in sie hinübergreifend, ein vierter, die circumscripte (sich freilich oft genug zur acuten allgemeinen umgestaltende) Peritonitis angereiht werden muss — so wäre es doch geradezu ein Rückschritt in unseren pathologischen Auffassungen,

wollten wir zu Gunsten jenes Collectiv-Namens für alle Entzündungen in der fossa iliaca dextra die genaue anatomische Localisation der einzelnen dort vorkommenden Entzündungs-Formen vernachlässigen oder gar aufgeben. Muss doch, von den Interessen einer möglichs genauen Local-Diagnose abgesehen — der Typhlitis als einer Entzündung der durch stagnirende Kothmassen gereizten Mucosa eines bestimmten Darmstückes jedenfalls eine ganz andere pathologische Dignität zukommen als der auf die Stufe einer Phlegmone zu stellenden Entzündung des pericoecalen Bindegewebes, also der Perityphlitis und lässt sich doch andererseits eine durch Perforation zunächst zu circumscripter Peritonitis in der Ileocoecalgegend führende, das Leben oft schwer bedrohende Entzündung des processus vermiformis wiederum unmöglich völlig auf eine Linie stellen mit einer perityphlitischen Affection, welche ihre Produkte zwar kaum einen Zoll davon entfernt ablagert, indessen von vornherein ganz günstige Aussichten auf schliessliche Resorption solcher Produkte gewährt.

An der engen Zusammengehörigkeit aller Entzündungen in der Ileocoecalgegend sei entschieden festzuhalten, darüber jedoch anatomisch diagnostisch die genaue Localisation der einzelnen hieher gehörenden entzündlichen Vorgänge in jener Körperregion niemals zu verabsäumen — dieser Grundsatz, so glaube ich annehmen zu dürfen, war es, auf welchen mich mein hochverehrter Lehrer Herr Geheimer Hofrath Professor Dr. Gerhardt hinweisen wollte, als er mir empfahl einen gerade in klinischer Beobachtung sich befindenden Fall von circumscripter Entzündung des processus vermiformis in der Art zum Gegenstande einer speciellen Arbeit zu machen, dass die letztere gleichzeitig auf die

ähnlichen, durch Perityphlitis entstehenden Krankheitsbilder eingehend Rücksicht zu nehmen hätte. Für den mir hiemit gegebenen freundlichen Rath, sowie für das gütige Ueberlassen einer Anzahl geeigneter Krankengeschichten aus dem Juliushospitale, welche ich als Beobachtungsmaterial meinen Ausführungen zu Grunde legen konnte, endlich für die gefällige Erlaubniss, diese Beobachtungen veröffentlichen zu dürfen, sage ich an dieser Stelle Herrn Geheimrath Gerhardt meinen verbindlichsten Dank.

Bevor jedoch durch genauere Schilderung des zur Verfügung stehenden Beobachtungs-Materials das Fundament für Dasjenige gelegt werden kann, was über das betreffende Thema vorzubringen sein wird, muss jedenfalls der Begriff der „Perityphlitis", welcher für die sämmtlichen folgenden Discussionen von grösster Wichtigkeit ist, in Missverständnisse ausschliessender Weise anatomisch definirt und dabei für unseren speciellen Zweck in bestimmter Weise eingeengt werden.

Das Coecum hat bekanntlich nur etwa an den vorderen zwei Drittheilen einen Peritonealüberzüg; die nicht überzogene Parthie des Blinddarmes stösst unmittelbar an mehr oder minderreichliches Bindegewebe, welches seinerseits der Fascia iliaca aufliegt. Dieses (supra fasciale) Bindegewebe ist der Sitz jenes entzündlichen Krankheits-Processes, welcher Perityphlitis genannt wird, und der wie viele andere Bindegewebe-Entzündungen im Allgemeinen den Charakter einer Phlegmone hat. Neben dieser Perityphlitis im eigentlichen oder engeren Sinne jedoch gibt es noch eine andere Form dieses Krankheitsprocesses, welche auf Entzündung, respective Eiterung der dünnen, unterhalb der Fascia iliaca zwischen dieser

und dem musculus ileopsoas liegenden (subfascialen) Bindegewebeschicht beruht. Allerdings kommt diese letzte Form von Perityphlitis kaum je als idiopathische selbständige Krankheit vor, sondern durchschnittlich als consecutiver Vorgang, abhängig z. B. von Eitersenkungen, welche aus der Nachbarschaft, etwa bei Spondylarthrocace, von vereiternden Rückenwirbeln her in die fossa iliaca dringen, andere Male von Caries des Hüftbeins etc. oder von pyämischen Processen innerhalb des Organismus. Da hienach diese subfasciale Perityphlitis ein ganz überwiegend chirurgisches Interesse hat, soll sie hier, wo es sich mehr um Aufgaben der inneren Klinik handelt, bei Seite gelassen werden, so dass, so oft im Folgenden von Perityphlitis gesprochen werden wird, hierunter stets nur die Entzündung des suprafascialen, zwischen Coecum und Fascie gelegenen Bindegewebes verstanden sein soll.

II.

Dieser Einschränkung in der Definition des in Rede stehenden Krankheitsprocesses eingedenk, legen wir zunächst das uns erwähnter Maassen überlassene Beobachtungsmaterial eingehend dar. Und zwar bezieht sich dasselbe auf fünf Fälle von Perityphlitis, welchen schliesslich ein Fall von Perforation des processus vermiformis mit consecutiver Peritonitis angereiht werden soll.

Erster Fall.

Georg Kraus, Schäfer von Meisenbach, aufgenommen in das Julius-Spital am 10. März 1880, geheilt aus demselben entlassen am 13. Mai 1880.

Anamnese:

Der Vater des Patienten starb, 36 Jahre alt, nach kurzem Leiden an einer unbekannten Krankheit.

Die Mutter ging, 52 Jahre alt, an „Auszehrung" zu Grunde; sie lag 2 Jahre zu Bette, hatte andauernden Husten und reichlichen Auswurf.

Sieben Geschwister im Alter von 32 bis 60 Jahren stehend, sind gesund.

Schon seit 15 oder 16 Jahren leidet Patient am Husten mit reichlichem übelriechendem Auswurfe, ohne dadurch angeblich erhebliche Beschwerde zu haben.

21 Jahre alt, wurde Patient, ohne zu wissen, auf welcher Seite, von einer Lungenentzündung befallen, welche eine sechswöchentliche Dauer einhielt. Die gegenwärtige Krankheit begann Anfangs Februar 1880. Patient hatte zu Mittag gesottenes Schweinefleisch gegessen und Most darauf getrunken, bereits einige Stunden später empfand er mässige Leibschmerzen. Dieselben steigerten sich in der Nacht auf das Heftigste, so dass der Kranke namentlich in der rechten Unterbauchgegend reissende Schmerzen empfand, welche einerseits bis zum Nabel hin, anderseits in den rechten Oberschenkel ausstrahlten. Die Schmerzen beunruhigten den Kranken so stark, dass er nicht im Bett aushielt, bald im Zimmer

umherlief, bald sich zusammenkrümmte. Dabei trat abwechselnd leichter Frost und geringes Hitzgefühl auf. Es wurden vom Arzt Eis-Umschläge, ruhige Bettlage und eine Arznei verordnet.

Während der Appetit nachliess, ohne dass der Durst zunahm, zeigte sich häufiges Aufstossen und Tags darauf trat zweimaliges, angeblich bitter schmeckendes Erbrechen auf.

Die Schmerzen, besonders in der rechten Fossa iliaca dauerten fort, und der Patient musste desshalb vermeiden, sich auf die rechte Seite zu legen und sich zu bewegen.

Der, in gesunden Tagen stets ganz normale, Stuhlgang verlangsamte sich nach der Erkrankung derartig, dass erst am 13. Tage eine Entleerung erfolgte, und zwar an dem betreffenden Tage eine zweimalige von dünner Beschaffenheit. Das Eintreten des Stuhlgangs verschaffte dem Patienten Erleichterung, die Schmerzen liessen nach, der Appetit kehrte zurück und Patient fühlte sich wohler.

Am 23. Februar 1880 bemerkte er eine oedematöse Anschwellung um den linken Knöchel; das Oedem setzte sich in den nächsten Tagen bis zum Kniegelenke fort, verschwand jedoch an der ganzen linken Unterextremität bereits am fünften Tage, nachdem es aufgetreten war. Sofort aber zeigte sich alsdann Oedem um den rechten Knöchel, welches ebenfalls schnelle Fortschritte machte und am 8. März bereits den grössten Theil des rechten Oberschenkels eingenommen hatte.

Die oedematösen Schwellungen waren zum Theil von sehr heftigen Kopfschmerzen vier Tage hindurch begleitet.

Durch die geschilderten Krankheitserscheinungen in den Unterextremitäten zeitweise genöthigt, das Bett zu hüten, suchte der Kranke, dem es zu Hause an Pflege fehlte, das Julius-Spital auf, obschon der Krankheitsprocess in der fossa iliaca dextra inzwischen sich wesentlich gebessert hatte.

Status praesens: Der Kranke ist von kräftigem Körperbau und schlechtem Ernährungszustande, blasser Hautfarbe; Lippen lividroth, Zunge feucht und belegt, Gaumenbögen braunroth verfärbt, Uvula dunkelroth, Tonsillen hypertrophisch, submaxillare Lymphdrüsen beiderseits vergrössert, hart. Thorax lang, breit, flach. Athmung regelmässig. Der Percussionsschall über der linken Lungenspitze sowohl hinten wie vorne weniger voll als über der rechten. Athmungsgeräusch überall vesiculär, nur rechts hinten unten eine mässige Zahl mittelgross blasiger, feuchter Rasselgeräusche. Spitzenstoss des Herzens an der normalen Stelle ziemlich schwach. Herzdämpfung in der gewöhnlichen Grenze; an der Mitralis der erste Ton unrein, der zweite rein; die Töne an den übrigen Ostien schwach, doch rein. Die Leber in der Parasternallinie zwei Finger breit unterhalb des Rippenbogens endigend, im übrigen nicht vergrössert. Auch Milz und Nieren zeigen keine durch Percussion nachweisbare Vergrösserung. Das Abdomen ziemlich stark gespannt, Druck auf die Ileocoecalgegend sehr empfindlich. Man fühlt daselbst einen mit der Plica inguinalis parallel laufenden länglichen, wurstförmigen Tumor von ziemlich derber Consistenz und mässig scharfer Conturirung. Bei der Percussion ist der Schall in dieser Gegend gedämpft tympanitisch. Lymphdrüsen in der Leistengegend beiderseits vergrössert und hart. An den ganzen rechten Unterextre-

mitäten ziemlich bedeutendes Oedem der Haut, so dass der Fingerdruck tiefe Eindrücke hinterlässt, welche längere Zeit stehen bleiben. Temperatur 38,5.

Puls frequent, ziemlich langsam ansteigend, niedrig, regelmässig, Arterie von geringer Spannung. Stuhlgang unregelmässig. Urin enthält eine mässige Menge von Eiweiss.

Ordination: Eisblase, zweistündlich ein Pulver aus 0,02 Opium purum.

Krankheitsverlauf.

14/3. Eine wegen mehrtägiger Stuhlverstopfung angewandte Eingiessung rief reichliche Stuhlentleerung hervor, trotz welcher die Resistenz in der Ileocoecalgegend fortdauerte und mehrmals galliges Erbrechen auftrat.

20/3. Wegen fortdauernder Stuhlverlangsamung wird Carlsbader Salz Morgens ein Kaffeelöffel voll in einem Glas Wasser zu nehmen verordnet. Das Oedem des rechten Beins ist geringer geworden, aber nicht vollständig verschwunden. Starke nächtliche Schweisse treten auf, der Harn wird Eiweissfrei.

30/3. Seit dem Gebrauche des Carlsbader Salzes hat sich der Stuhlgang völlig geregelt und die krankhaften Erscheinungen in der Ileocoecalgegend sind verschwunden. Der Schall hat sich aufgehellt, die Druckempfindlichkeit sich verloren. Gegen den noch fortbestehenden Hydrops der rechten Unterextremitäten wird Liq. Kali acet. drei Mal täglich ein Kaffeelöffel voll angenommen.

10/4. Starke Schweisse und reichliches Harnen bewirken eine erhebliche Abschwellung der rechten Unterextremität.

11/4. Eine intercurrente Angina tonsillaris ist auf getreten und hat die Temperatur seit 24 Stunden auf 40,4 erhöht. Schlingbeschwerden, Halsschmerzen, Röthung, Schwellung der linken Gaumenbögen und Tonsillen sind die Symptome dieser Halsentzündung; ein graugelber Fleck in der Mitte der linken Tonsille, welcher sehr empfindlich gegen Druck ist, platzt durch denselben und entleert aus der hiedurch entstandenen Oeffnung etwas Blut. Ordination: Kalichlorium 7,5, Aqua destill. 150,0, Syrup citrici 20 S. zweistündlich 1 Esslöffel zu nehmen. Liq. ferri 5,0, Aqua destill. 1000,0, Spirit. vini 10,0 S. Zum Gurgeln. — Eis.

Die submaxillaren Lymphdrüsen linker Seite vergrössert, hart, auf Druck empfindlich; auch die linksseitigen Nacken-Lymphdrüsen etwas geschwollen. Nachdem am 13. April die Rachenerscheinungen unter der bezeichneten Behandlung fast verschwunden, am 16. April noch einmal zurückgekehrt waren, aber auf erneute Anwendung derselben Mittel abermals sich zurückgebildet hatten und nachdem auch leichte wieder auftretende Ileocoecalbeschwerden bei Eisblase und Laudanum liquidum in Mixtura gummosa baldigst verschwunden waren, konnte am 26. April constatirt werden, dass der Patient sich von Beschwerden frei befand.

Die in letzter Zeit vorhandene leichte meteoristische Auftreibung des Abdomens, sowie eine leichte Neigung zur Diarrhoe waren gewichen. Der Stuhl erfolgte regelmässig, der Appetit war gut, das Oedem der rechten Unterextremität nicht mehr nachweisbar. Ein Exanthem hat sich bei dem Kranken niemals gezeigt. Derselbe verliess, nachdem er einige Tage Tinctura ferri pomati genommen hatte, am 13. Mai beschwerdefrei das Spital.

Zweiter Fall.

Alexander Keyl, Taglöhner aus Würzburg, 47 Jahre alt, in das Julius-Spital aufgenommen am 30. Januar 1880, geheilt entlassen am 6. Februar 1880.

Anamnese:

Beide Eltern an Altersschwäche gestorben, der Vater 67 Jahre alt, die Mutter in den 70er Jahren. Eine Schwester litt 16 Jahre lang an Epilepsie und starb im 30. Lebensjahre.

Patient hatte im 18. Lebensjahre die Blattern, im 19. angeblich das Nervenfieber, woran er anderthalb Monate lang bettlägerig gewesen sein will. Vor vier Jahren bekam Patient nach dem Genusse von Speck den Bandwurm, ein Vierteljahr später Erbrechen und Colikanfälle, Beschwerden, welche durch die im Julius-Spitale mit Erfolg vorgenommene Bandwurmkur verschwanden. Ein Abgang von Bandwurmgliedern wurde, obwohl Patient darauf achtete, später niemals bemerkt. Vielmehr konnte er rohen Schinken, Schweinerippchen etc. späterhin ohne alle Verdauungsbeschwerden geniessen. Auch litt er in keiner Weise mehr an Magenschmerzen, Erbrechen, Stuhlverstopfung oder Harnbeschwerden, und fühlte sich überhaupt vollkommen wohl. Während der letzten drei Jahre war Patient besonders mit Holzarbeiten im Freien beschäftigt.

Am 30. Januar bekam Patient plötzlich Uebelkeit, Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen, Aufsteigen von Hitze längs der Wirbelsäule, starken Schweiss,

wiederholtes bitteres Aufstossen und zweimaliges Erbrechen. Das Erbrochene bestand Anfangs aus dem Mittags genossenen Brode, dann aus galliger Flüssigkeit. Eine Viertelstunde später traten Schmerzen um den Nabel auf, welche in die Magengrube ausstrahlten. Die Schmerzen pausiren zwei bis drei Minuten lang und haben einen colikartigen Charakter. Schliesslich ziehen sie sich mehr in die untere Bauchgegend, besonders den geraden Bauchmuskeln entsprechend. Durch Fahren und Gehen steigern sich die Schmerzen, und zwar beim Auftreten eines jeden Fusses. Druck auf den Unterleib vermehrte die Schmerzen ebenfalls und diese Schmerzen sind so heftig, dass der Kranke sich zusammenkrümmen muss. So tritt er in's Spital ein. Patient glaubt sich seine Krankheit durch Genuss von gefrornem Brode zugezogen zu haben, welches er häufiger genoss, jedoch sonst vorher aufthaute, wozu ihm dies Mal die Zeit fehlte.

Status praesens: Mittlere Grösse, ziemlich kräftiger Knochenbau, mittlerer Ernährungs-Zustand. Lippen und Zunge ziemlich trocken. Das Zwerchfell steht in der rechten Papillarlinie am obern Rande der siebenten Rippe. In den Lungen keine Abnormität. Auch am Herz keine Veränderung nachweisbar. Abdomen im Epigastrium eingesunken, unterhalb des Nabels etwas hervorgewölbt. In der Ileocoecalgegend eine deutliche Dämpfung des Schalles, parallel mit dem Poupart'schen Bande verlaufend drei Finger breite und bis zur Höhe der Spina ant. sup. ossis Ilei reichend. In derselben Gegend Druckempfindlichkeit, welche sich bis zum S romanum hinzieht. In den Nieren keine Abnormität nachzuweisen. Ebenso verhalten sich Leber und Milz normal. Spärliches Darmgurren, Bruchpforten

frei. Temperatur und Respiration normal. Puls 64, gross, voll, Arterie etwas gespannt. Ordination Eisblase. Laud. liq. in Mixt. und Species Camom.

Krankheitsverlauf.

31/1. Nach einer schlechten Nacht werden in Folge einer Eingiessung einige Faecalbröckchen entleert, in welchen sich keine Helmintheneier befinden. Harn dunkelgelb, frei von Eiweiss, Zucker und Gallenfarbenstoff.

1/2. Die Dämpfung in der Ileocoecalgegend ist wenig ausgedehnt; die Druckempfindlichkeit besteht fort. Krampf des rechten Cremaster.

3/2. Schmerzen und Dämpfung sind verschwunden. Stuhl und Appetit regelmässig.

6/2. Bei andauerndem Wohlbefinden verlässt Patient das Spital.

Dritter Fall.

Jacob Hock, Seminarist aus Aschaffenburg, 17 Jahre alt, aufgenommen in das Julius-Spital 30/12. 1879, geheilt entlassen 7/2. 1880.

Anamnese:

Der Vater starb, 48 Jahre alt, am Schlagfluss. Die Mutter, 50 Jahre alt, an Rückenmarkschwindsucht, nachdem sie 13 Jahre hindurch krank gewesen war. Eine zwanzigjährige Schwester ist gesund. Patient machte im 5. Lebensjahre die Blattern durch, an denen

er fünf Wochen krank lag. Um das zwölfte Jahr hatte er öfter acht Tage lang „rauhe Stimme“. Im 13. Jahr litt er eine Woche hindurch an einem starken juckenden Ausschlag, welcher Blasenbildungen zeigte, Anfangs zwischen den Fingern, später fast am ganzen Körper. Seit Anfang Dezember 1879 hatte er ein bis vier Mal täglich diarrhoischen Stuhlgang, hie und da unter häufigen colikähnlichen Schmerzen. Dabei empfand er Müdigkeit und zuweilen Kopfweh, aber keinen Frost. Der Appetit blieb gut. Am 27. Dezember traten heftige Schmerzen um den Nabel auf, welche die ganze Nacht hindurch anhielten und den Kranken nöthigten, auf der linken Seite mit stark gebeugten Beinen zu liegen. Nunmehr traten auch Frost, Schwindel, grosse Mattigkeit und einmaliges flüssiges chymöses Erbrechen ein; letzteres wiederholte sich Tags darauf und die folgenden Tage mehrmals, namentlich beim Versuche zu essen und beim Räuspern. Unterleib aufgetrieben und bei Berührung schmerzhaft. Bald verschwand der Appetit völlig, der Durst vermehrte sich stark, der Stuhl wurde mit Eintritt der Schmerzen retardirt; letztere nahmen an Heftigkeit zu und waren fast gar nicht mehr von schmerzfreien Pausen unterbrochen, so dass Patient sich beim Gehen zusammenkrümmen musste. Auch in der Bettlage vermehrte jede Bewegung der Beine die Leibschmerzen. Neben dem Erbrechen bestanden fortwährend Uebelkeit und bitteres Aufstossen, während Frost mit Hitze abwechselte.

Geringer Husten mit spärlichem, zähem Auswurf. Vor der jetzigen Erkrankung hat Patient niemals an Verdauungsbeschwerden gelitten. Eintritt in das Spital.

Status praesens: Patient ist von einer seinem Alter entsprechenden Grösse, ziemlich gut genährt, aber

von blasser Gesichtsfarbe. Kleienförmige Abschuppung der Epidermis im Gesicht. Pupillen weit, Zunge dick belegt, Thorax gut gebaut, sich aber oberflächlich ausdehnend. Auscultation und Percussion ergibt keine Veränderung. Das Zwerchfell steht in der rechten Papillarlinie an der fünften Rippe. Spitzenstoss im fünften Intercostalraum etwas ausserhalb der Papillarlinie. Herzdämpfung ein wenig verbreitet, oben bis zum oberen Rande der vierten Rippe, aussen bis zur Papillarlinie reichend. Erster Ton an der Mitralis gespalten. Der zweite Pulmonalton ebenfalls gespalten und zugleich etwas stärker accentuirt. Abdomen ziemlich stark aufgetrieben, in der Ileocoecalgegend oberhalb der Symphyse und im Epigastrium ziemlich schmerzhaft gegen Druck. Dabei in der Ileocoecalgegend schwache Dämpfung, aber kein deutlicher Tumor. Leberdämpfung schmal, nicht ganz bis zum Rippenbogen reichend. Auch die Milzdämpfung schmal und etwas höher reichend. Temperatur mässig erhöht. Puls etwas beschleunigt, weich, mittelvoll. Urin stark saturirt, frei von Eiweiss und Zucker. Ordination: Eisblase und täglich drei Pulver, jedes von drei Centigramm Opium purum.

Krankheitsverlauf.

1/1. Mehrmaliges wässeriges, grünliches Erbrechen, eine dünne Stuhlentleerung. Bewegungen des rechten Beins, besonders vollständige Streckung desselben noch schmerzhaft. Meteorismus hat etwas abgenommen. Unterhalb des unteren Leberrandes Metallklang bei der Percussion und metallisches Glucksen. Aortentöne sehr laut, bis unterhalb des Nabels hörbar.

4/1. Stuhl täglich, dünn und mit einigen faecalen Knötchen vermischt, selteneres Erbrechen; im Erbrochenen ein Ascaris lumbricoides. Während in der linken Unterbauchgegend geringe Dämpfung besteht, ist dieselbe in der rechten Unterbauchgegend verschwunden.

7/1. Täglich einmal weichen oder etwas geformten Stuhlgang. Das Erbrechen hört auf, die Schmerzhaftigkeit des Abdomens lässt nach. Urin reich an Uraten, frei von Eiweiss. Ordination: Infus. Melissae mit Laudanum liq.

9/1. Obschon der Meteorismus ebenfalls nachlässt, ist doch die Leberdämpfung noch sehr klein. Diurese etwas reichlicher.

17/1. Auf's Neue zeigen sich geringe Schmerzen in der Ileocoecalgegend, welche bei Beschränkung der Diät nachlassen. Eisblase. Obwohl der Stuhlgang täglich erfolgt, klagt doch der Kranke darüber, dass die Entleerungen ungenügend seien.

2/2. Das Befinden ist gut, und die objectiven Zeichen am Abdomen sind verschwunden. Tinct. ferr. pom.

17/2. Da der Kranke von gutem Aussehen ist und keine Klage mehr vorzubringen hat, wird er aus dem Spital entlassen.

Vierter Fall.

Johann Dietz, Landwirth aus Gothendorf, 23 Jahre alt, aufgenommen in das Julius-Spital am 27. November 1880, aus demselben entlassen am 23. Dezember.

Anamnese:

Die Eltern und fünf Geschwister leben und sind gesund, drei Geschwister starben bald nach der Geburt. Patient will immer gesund gewesen sein, auch keine Kinderkrankheit durchgemacht haben. Am 27. November Abends bekam er plötzlich heftige Schmerzen um den Nabel herum, welche auf die untere Hälfte des Bauches ausstrahlten. Eine Ursache für diese Erkrankung kann Patient nicht angeben; er hat zum Abendessen Ochsenmaulsalat und ein Liter Bier genossen. Sofort nach dem Schmerze stellt sich Erbrechen ein, durch welches das zu Abend Genossene wieder heraus befördert wurde. Es folgte eine unruhige Nacht, da die Leibschmerzen heftig waren, der Unterleib empfindlich gegen Berührung blieb, auch jeder Lagewechsel ebenfalls Schmerzen hervorrief, so dass nur die ruhige Rückenlage ertragen werden konnte. Spannung und Auftreibung des Unterleibes machten sich überdies bemerkbar. Das Beugen der Oberschenkel rief gleichfalls Schmerzen hervor, und zwar gleichviel, ob der rechte oder linke flectirt wurde. Am nächsten Morgen trat Durchfall auf, ebenso am Abend. Dabei bestanden vollständige Appetitlosigkeit und andauernde Leibschmerzen. Das Erbrechen verlor sich bereits während des Tages; häufig trat Hitzegefühl auf, doch fehlte Frost und Kopfschmerz. Auch die nächste Nacht vom 28. zum 29. wurde schlaflos verbracht, besonders wegen der Leibschmerzen, welche sich übrigens bei tiefem Einathmen vermehrten.

Vor dem Beginn der jetzigen Krankheit hat Patient stets regelmässig Stuhlgang gehabt.

Statuspraesens: Patient ist mittelgross, mässig kräftig gebaut, von leicht bräunlicher Hautfarbe. Gesicht stark geröthet. An der untern Hälfte der Unterlippe Reste von Herpesbläschen. Lippenschleimhaut roth, trocken. Zunge trocken, nicht belegt. Cervicaldrüsen leicht geschwellt. Thorax mässig breit, wenig gewölbt. Die Knorpel der vierten bis sechsten Rippe dicht am Sternum beiderseits stark in die Höhe gebogen, so dass die untere Hälfte des Sternums stark eingesunken scheint. Percussionsschall an der Spitze der rechten Lunge etwas weniger voll als an der Spitze der linken. Das Athmungsgeräusch daselbst rauher, vesiculär. Uebrigens keine Abnormität an der Lunge durch Percussion und Auscultation festzustellen. Stand des Zwerchfells in der rechten Parasternallinie am oberen Rande der sechsten Rippe. Am Herzen weder durch Auscultation noch Percussion Veränderungen nachweisbar. Abdomen stark aufgetrieben und gespannt. Bei Palpation zeigt sich der Unterleib überall schmerzhaft und zwar überall gleichmässig; auch die Percussion ruft Schmerz hervor und ergibt nur in der Gegend des Colon ascendens und des Coecums leichte Dämpfung. Eine genauere Untersuchung der Leber und der Milz kann wegen Schmerzhaftigkeit des Abdomens nicht vorgenommen werden. Alle Bewegungen des Körpers und alle Lageveränderungen rufen lebhafte Schmerzensäusserungen hervor. Temperatur 37,9. Puls kräftig, voll, frequent, regelmässig. Urin hell, sauer reagirend, enthält geringe Spuren von Eiweiss. Ordination: Inf. Melissae 10 : 120. Tinctur. opii simpl. 2,0. Syrup. Rub. Idaei 20,0. D. S. zweistündlich einen Esslöffel voll zu nehmen.

Bald nach der Aufnahme in das Spital erfolgte

mehrmaliges Erbrechen von gallig gefärbter dünnflüssiger schleimiger Masse. Bei obiger Ordination ausserdem Eisblase auf den Bauch.

Krankheitsverlauf.

28/11. Wegen der starken Schmerzen gestern Abend wurde eine subcutane Morphiuminjection unter die Bauchhaut gemacht. Ruhiger Schlaf während der Nacht. Das Erbrechen hört auf. Die linke Hälfte des Abdomens ist weniger empfindlich, während die rechte Hälfte viel schmerzhafter erscheint Colon. descendens und S romanum sind mit Kothballen vollgestopft durch die Bauchdecken zu fühlen. Die Dämpfung in der Ileocoecalgegend deutlicher; die Gegend selbst von stärkerer Resistenz; einen Tumor kann man jedoch dort nicht mit Sicherheit abgrenzen. Die Leber zeigt sich durch Percussion unbedeutend vergrössert. Ordination: Pulver von zwei centigramm opium purum, viermal täglich eins zu nehmen.

1/12. Mit Morphium wird wiederum Schlaf erreicht. Kein Durchfall, kein Erbrechen; klinische Vorstellung des Patienten.

2/12. Gestern Abend stellte sich wiederum Fieber ein und es traten stärkere Schmerzen auf im Abdomen, welche eine Morphiuminjection nöthig machten.

3/12. Ruhiger Schlaf und Abnahme der Schmerzen nach der Injection. Es erfolgt ziemlich guter Stuhlgang. Im Abdomen kein Tumor zu fühlen. Strenge Diät wie seit mehreren Tagen.

5/12. Eisblase und Opium werden sofort gebraucht. Ein weiches Ei wird genossen. Stuhlgang wie gestern. Starkes Hungergefühl, weshalb noch zwei weiche Eier gereicht werden. Ruhige Bettlage.

7/12. Weiches Fleisch wird als Nahrung gegeben, Schmerzen im Abdomen gänzlich verschwunden und auch durch starken Druck nicht hervorzurufen. Der Kranke verlässt für kurze Zeit das Bett ohne Nachtheil.

12/12. Nachdem Patient in den letzten Tagen mehrere Stunden ausser Bett gewesen war, und auch bereits etwas Brod genossen hatte, stellten sich aufs Neue lebhafte Schmerzen im Abdomen ein, wobei der Unterleib wegen Schmerzhaftigkeit nicht genauer untersucht werden konnte. Die frühere Behandlung mit Eisblase und Opium sowie mit strenger Bettruhe wird abermals angewandt.

14/12. Es kann nunmehr mit Leichtigkeit ein Tumor in der Ileocoecalgegend constatirt werden, da die Schmerzhaftigkeit eine weit geringere ist.

16/12. Nachdem Stuhlgang erfolgt ist, verringern sich Schmerzhaftigkeit und Tumor.

18/12. Statt der bisherigen Diät wird etwas reichlichere Kost gewährt, zwei weiche Eier etc., ausserdem noch flüssige Nahrung. Die Schmerzen sind völlig verschwunden und es lässt sich nur noch eine leichte Resistenz in der Ileocoecalgegend fühlen.

23/12. Nachdem auch diese Resistenz verschwunden ist, wird Patient geheilt aus dem Spitale entlassen.

Fünfter Fall.

Carl Roth, Metzger aus Birkenfeld (Pforzheim), 17 Jahre alt, aufgenommen in das Julius-Spital 11/2. 1880, ausgetreten 21/2. 1880.

Anamnese:

Der Vater starb 53 Jahre alt an einer Lungenentzündung von vierwöchentlicher Dauer. Die Mutter an unbekannter Krankheit vor fünfzehn Jahren. Die Geschwister starben in jugendlichem Alter. Patient lernte erst im fünften Lebensjahre gehen. Er lag vorher stets im Bette und hatte Schmerzen in allen Gliedern, sowohl bei Bewegungen als bei Druck. In den folgenden Jahren war Patient nie krank. Seit Monaten befindet sich Patient auf Reisen und nährt sich von dem, was er von den Bauern geschenkt bekommt, besonders von Sauerkraut, Kartoffelklösen und Brod. Stuhlgang ist seitdem unregelmässig, bald fest, bald weich, doch bestehen keine Leibschmerzen. Etwa seit drei Wochen wurde der Stuhl diarrhoisch und erfolgte mehrmals täglich; dagegen gingen aber auch härtere Faecalbröckel ab. Am 8/2. fühlte Patient sich noch vollkommen wohl. In der Nacht darauf verspürte er starken Frost, welcher drei Stunden anhielt, und gegen Morgen von Hitze gefolgt war. Dabei bestand starker Durst, schlechter Appetit; der Geschmack im Munde war bitter und bitteres Aufstossen stellte sich ein. Mehrmals trat leichtes Stechen in der Stirne von halbstündliger Dauer auf. Morgens kurz nach dem Aufstehen empfand Patient überdies stechende Schmerzen in der Unterbauchgegend, welche theilweise sehr heftig und zusammenziehend waren, namentlich während des Gehens und besonders beim Auftreten des rechten Beines zunahmen und den Kranken zwangen, öfter stehen zu bleiben. Die rechte Seitenlage kann Patient gut einnehmen, in der linken dagegen sowie bei Lagewechsel

empfindet er Schmerzen in der Unterbauchgegend, welche nicht ausstrahlen und dem Kranken den Schlaf rauben. Bewegungen des rechten Beines in der Rückenlage steigern die Schmerzen nicht. Seit dem Eintreten der Schmerzen hat sich auch Erbrechen eingestellt, welches bei jedem Versuche zur Nahrungsaufnahme, jedoch nicht beim Trinken von Wasser, sich wiederholt. Um 9 Uhr Abends stellt sich abermals Frost ein, welcher drei Stunden dauerte und wiederum von Hitze, jedoch nicht von Schweiss, gefolgt war. Mattigkeit nur mässig. Seit heute etwas Husten, welchen jedoch Patient, um nicht die Schmerzen dadurch zu steigern, unterdrückt. Auswurf fehlt. Trotz dieser Beschwerden setzte der Kranke seine Reise nach Würzburg, wenn auch sehr mühsam, fort, und wurde am 11/2. in das Julius-Spital aufgenommen.

Status praesens: Patient ist von einer seinem Alter entsprechenden Grösse. Kräftiger Knochenbau; ziemlich gut genährt und von gesundem Aussehen. Er hält im Bette vorsichtig die Rückenlage ein und vermeidet Bewegung ziemlich ängstlich. Lippen ziemlich trocken, Zunge gleichmässig dünn weiss belegt. Spitze der Uvula ödematös. Rachenorgane ziemlich stark injicirt, Tonsillen etwas vergrössert, Thorax gut gebaut, bei der Expansion wegen der Schmerzen in der Unterbauchgegend rechts unten etwas zurückbleibend. Die physikalische Untersuchung der Lungen und des Herzens ergibt normale Verhältnisse. Mitten auf dem Sternum eine Zehnpfennig-Stück grosse Narbe, über welche nähere Auskunft nicht gegeben werden kann. Leber und Milz zeigen bei der Percussion die normalen Grenzen. Abdomen in der rechten Unterbauchgegend gegen Druck schmerzhaft; in derselben Gegend ein

Tumor fühlbar, welcher wurstförmig parallel mit dem Ligam. Poupart. von hinten und oben, nach vorn und unten verläuft und bei der Percussion einen deutlich gedämpften Schall gibt. Inguinaldrüsen und einige seitliche Cervicaldrüsen vergrössert. Das rechte Bein wird vom Patienten meistens gerade gehalten, da ihm Bewegungen desselben Schmerzen verursachen. Temperatur etwas erhöht, Puls beschleunigt, voll, weich, regelmässig. Respiration ruhig, oberflächlich. Urin dunkelgelb mit einem Stich in's Bräunliche, frei von Eiweiss und Zucker. Ordination: Eisblase, Pulver von 0,03 Opium.

Krankheitsverlauf.

13/2. Die Schmerzen liessen erheblich nach, auch Uebelkeit und Erbrechen sind verschwunden. Tumor und Dämpfung dagegen bestehen fort. Patient wurde in der Klinik vorgestellt.

15/2. Die Schmerzen verschwunden, Tumor und Dämpfung undeutlicher. Es erfolgt spontan Stuhlgang bei Fortgebrauch von Opium.

18/2. Tumor nicht mehr nachweisbar, Dämpfung sehr gering; Appetit gut, Stuhl regelmässig.

21/2. Bei Fortdauer des Wohlbefindens verlässt der Patient das Spital.

Sechster Fall.

Elisabeth Blümlein, Bauerntochter, 28 Jahre alt, aufgenommen in das Julius-Spital am 5. Juni 1881, gestorben 21. Juni 1881.

Anamnese:

Der Vater ist 64 Jahre alt und gesund, die Mutter starb, 52 Jahre alt, an der Auszehrung. Patientin will, ausser als Kind den Keuchhusten, niemals eine Krankheit gehabt haben. Die Menses traten mit dem 16. Jahre ein, waren dann stets regelmässig, reichlich und dauerten je 8 Tage. Mit 25 Jahren hat Patientin einen Knaben geboren, der nach drei Vierteljahren starb. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal.

Seit dem 12. Jahre bekam Patientin bei schwerer Arbeit öfters Erbrechen, ohne dabei Schmerzen im Magen zu empfinden.

Ihre jetzige Erkrankung begann vor sieben Wochen folgendermassen: Nachdem Patientin 14 Tage lang an Appetitlosigkeit, sehr hartem, retardirtem und schmerzhaftem Stuhle gelitten hatte, bekam sie plötzlich, während sie eine Butte mit Speiss nach der rechten Seite hin ausleerte, einen heftigen, stechenden Schmerz in der Ileocoecalgegend, welcher fünf Minuten andauerte. Nach drei Tagen schwoll der Unterleib an und wurde bei Berührung, z. B. beim Schnüren der Röcke, sehr empfindlich.

Appetit gering, Stuhl sehr hart und von minimaler Menge; dabei fortdauernd heftige diffuse Schmerzen im Unterleibe. Nach vierzehntägigem Bestehen dieser Beschwerden musste sie das Bett aufsuchen und bekam von einem Arzte 8 Tage hindurch Pulver, nach welchen sie jedesmal eine grünlichgelbe Flüssigkeit von der Menge eines Viertel Liters erbrechen musste. Hierauf folgte eine achttägige vollständige Obstipation, weshalb innerhalb 4 Tagen 40 Clysmata angewendet wurden. Der Erfolg

dieser Behandlung, welche auch noch von 2 Gläsern Arznei unterstützt wurde, war reichliche Stuhlentleerung, theils diarrhoisch, theils in balligen harten Massen. Von da an fühlte sich Patientin wohler und der Stuhlgang soll seitdem regelmässig gewesen sein. Auch die Schmerzen wurden etwas gelinder und der Appetit besserte sich; doch blieb der Unterleib nach dieser Stuhlentleerung geschwollen, stark gespannt und bei Druck sehr empfindlich. Nachdem alsdann die Beschwerden in den nächsten acht Tagen sich bald gebessert, bald gesteigert, übrigens stets in Schmerzen um den Nabel, Schwellung, Spannung des Abdomens, Uebelkeit, Erbrechen, Verlangsamung des Stuhls, Hitzegefühl und dadurch veranlasster Schlaflosigkeit bestanden hatten, trat Patientin (welche vor 4 Wochen zum letzten Male menstruirte) in das Spital.

Status praesens: Patientin ist mittelgross, von kräftigem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur. Haut colorirt schmutzig, braungrau. Unterextremitäten etwas cyanotisch. Conjunctivae bulbi stark injicirt, leicht icterisch gefärbt, rechte Pupille etwas weiter wie die linke. Die Zunge sehr stark geröthet, geschwollen, trocken. Rachenorgane gleichmässig leicht injicirt.

Der Thorax ist mässig breit, ziemlich gewölbt; Supra- und Infraclavicular-Gruben vertiefet, besonders rechts. Starke Undulation der Halsvenen.

Ueber der rechten Lungenspitze der Schall weniger voll wie links. Rechts hinten unten eine zwei fingerbreite Dämpfung. Links hinten und unten Dämpfung und abgeschwächtes Athmungsgeräusch vom zweiten Brustwirbel an abwärts. An der rechten Lungenspitze bronchiales Exspirium. In den übrigen Lungenparthieen scharfes Vesiculärathmen, einzelne Rasselgeräusche. Vorn

auf beiden Seiten heller, voller Lungenschall. Diaphragmastand am obern Rande der sechsten Rippe.

Spitzenstoss des Herzens im fünften Intercostalraum, einwärts der Papillarlinie schwach zu bemerken. Im zweiten Intercostalraum links vom Sternum, dann und wann der Verschluss der Pulmonalis zu fühlen. Die Herzdämpfung reicht vom oberen Rande der vierten Rippe nach aussen zur Mammillarlinie, nach rechts bis zum linken Sternalrand. An allen Ostien ein lautes systolisches Geräusch zu hören; zweiter Herzton an der Spitze kurz und scharf. Zweiter Pulmonalton dumpf. Zweiter Tricuspidalton sehr leise und undeutlich.

Abdomen im höchsten Grade aufgetrieben; Wandung straff gespannt. Statt der epigastrischen Grube eine leichte Hervorwölbung. Auch die Haut des Abdomens stark gespannt, glänzend, marmorirt. Beide Lumbalgegenden und die untere Parthie der Bauchdecken oedematös. In der ganzen Ausdehnung des Abdomens gedämpfter, nur zu beiden Seiten unmittelbar neben der Wirbelsäule ziemlich hoher tympanitischer Percussionsschall. Ebenso im ganzen linken Hypochondrium bis an den Rippenbogen hoher tympanitischer, metallisch-klingender Percussionsschall. Ueberall wo sich Dämpfung findet, ist deutlich Fluctuation nachzuweisen. Milz- und Leberdämpfung lassen sich deshalb nicht abgrenzen. Temperatur stark erhöht. Puls sehr frequent, klein, leer, leicht unterdrückbar.

Während des Nachmittags bricht Patientin mehrmals dünnflüssige graugrüne Magen-Contenta in ziemlicher Menge. Ebenso erbricht sie jedes Mal die ordinirten Opiumpulver. Daher wird Infus. Melissae cum opio ordinirt, daneben Eisumschläge (gefrorene Compressen auf das Abdomen.

Krankheitsverlauf.

6/6. Während der Nacht bricht Patientin noch etwa sechs Mal, ist übrigens meist schlaflos (angeblich wegen der Eisumschläge). Am Morgen etwas collabirtes Aussehen. Puls sehr klein, frequent; Respiration oberflächlich, mässig beschleunigt — 32. Urin braunroth, trübe, enthält Spuren von Eiweis. (Vin. rubrum. Pilulae glaciales.)

7/6. Patientin ist nicht vollkommen bei Besinnung. Die Nacht brachte sie wiederum meist schlaflos zu; gegen Morgen wurde durch Vomitus wenig zähflüssiger gallig gefärbter Mageninhalt entleert. Percussion am Abdomen nicht schmerzhaft bis auf circumscripte Stellen am rechten Hypochondrium. Die spontanen Schmerzen am Abdomen sind durch Application der Eisumschläge geschwunden. (Tinct. Opii.)

8/6. Im Laufe des Vormittags mehrmaliges Erbrechen gallig gefärbter dünnflüssiger Massen. Schmerzhaftigkeit des Abdomens auch bei stärkerer Percussion nur sehr gering; etwas empfindlicher zeigt sich die Stelle der Leberdämpfung. Im sechsten und siebenten linken Intercostalraum einwärts von der Mammillarlinie ein Reibegeräusch bei der Respiration zu fühlen, nicht zu hören.

9/6. Während der Nacht grösstentheils ruhiger Schlaf; die Druckempfindlichkeit des Abdomens erheblich geringer, auch die Spannung desselben etwas vermindert. Gegen Morgen etwas Erbrechen. Die Patientin wurde heute in der Klinik vorgestellt.

11/6. Patientin ist seit zwei Tagen fieberfrei bei abnorm niederer Temperatur. Puls sehr frequent, fili-

form. Erbrechen grasgrüner dünnflüssiger Massen mehrmals des Tages. Stuhl noch immer nicht erfolgt.

13/6. Patientin stark collabirt, schläft während des Tages viel mit halb geöffneten Augen, phantasirt und macht Versuche das Bett zu verlassen.

15/6. Temperatur wieder leicht fieberhaft. Die geringen Mengen Urin enthalten Eiweiss und reichliche Quantitäten von Hydrobilirubin. Patientin erhielt gestern eine Eingiessung ohne Erfolg.

Das hochgradig gespannte Abdomen zeigt überall gedämpften Percussionsschall. Erbrechen in den letzten zwei Tagen viel häufiger. Starker Kräfteverfall. (Op. pur.)

17/6. Patientin erbricht fast anhaltend gallig gefärbte dünnflüssige Massen. Abdomen etwas weniger gespannt, im Uebrigen daran keine Veränderung. Eine Eingiessung bleibt wiederum ohne jeden Erfolg. Patientin klagt besonders über das Gefühl von Wundsein oder einem Fremdkörper im Halse; die laryngoscopische Untersuchung, in Rückenlage der Kranken vorgenommen, ergibt äusserst intensive Injection aller Larynxtheile. Temperatur unter der Fiebergrenze, Puls sehr frequent, äusserst klein, kaum fühlbar. Die Therapie wird in unveränderter Weise fortgesetzt.

19/6. Sehr häufiges Erbrechen dauert an, objectiv keine wesentliche Veränderung. Ausgesprochene Facies Hippocratica. Sensorium etwas benommen. Eingiessung ohne Erfolg.

20/6. Erbrechen etwas seltener. Patientin ist sehr verfallen, verhält sich während der Nacht ausserordentlich unruhig und phantasirt viel. Der objective Befund im Wesentlichen derselbe wie seither. Puls sehr frequent. Patientin erhält Vormittags $11^3/_4$ Uhr eine Eingiessung, abermals ohne Erfolg. Bald darauf starker Verfall und Tod.

Sektionsbefund.

(Die Sektion vorgenommen von Herrn Hofrath Professor Dr. Rindfleisch.)

Bauchdecken ziemlich straff gespannt. Aus der Bauchhöhle entleert sich eine erhebliche Menge klarer, dunkelgelber Flüssigkeit. Der Bauchhöhlenraum ist durchspannt mit zartem Strickwerk feiner Faserung, zwischen dem sich wieder feine Lamellen ausspannen, welche die Flüssigkeit zwischen sich einschliessen. Nach Entleerung des Spinnengewebe-ähnlichen Antheils des Exsudates zeigt sich das Convolut der Darmschlingen stark nach rückwärts gezogen. Der Leberrand ragt einigermassen über den Rippenbogen hervor, die Milz ist nicht zu sehen, das Netz bildet einen starren Strang, der aus zahlreichen kirschkerngrossen Knoten, durch wenig Bindegewebe verbunden, zusammengesetzt ist. Der Durchschnitt durch das Netz zeigt dicht nebeneinander liegende Fettträubchen.

In der linken Pleurahöhle findet sich eine grosse Quantität gelben, dünnflüssigen Exsudates; auch hier sind fibrinöse Pseudomembranen durch die Flüssigkeit hin gespannt. Linke Lunge ganz nach oben und hinten gedrängt, mit faserigen Fibrin-Lagen überkleidet: fetzige Flocken hängen am unteren Lungenrand. Linker unterer Lungenlappen stark comprimirt, von lederartiger Consistenz, luftleer, der obere dagegen blass, mässig lufthaltig. Rechte Lunge zeigt hypostatische Hyperämie des untern Lappens, Blässe und starken Luftgehalt der beiden oberen Lappen. Pleura diaphragmatica rechts wie links, besonders an der Bauchfellfläche schwielig verdickt. Ausdrücklich wurde die Abwesenheit tuberculöser Vorgänge in beiden Lungen

constatirt. Magen stark zusammengezogen, seine Wand derb, schwielig verdickt, die Schleimhaut an der Oberfläche stark in Falten gelegt. Das Organ misst von rechts nach links 13 cm., von der kleinen zur grossen Curvatur 5,5 cm. An der Curvatura major befindet sich nach vorn zu eine erhebliche Verdickung, über der die Schleimhaut sich glatter gespannt zeigt. Die Muscularis in dieser Gegend stark verdickt. Die Submucosa sowie auch die Muscularis mit Bindegewebe durchsetzt und ausserdem infiltrirt, so dass sich eine weisse Flüssigkeit durch das Messer abstreifen lässt. Der aufsteigende Theil des Colon nach hinten stark fixirt, durch Gasmassen beträchtlich gebläht. Nach Entleerung reichlicher Kothmengen aus dem Ileum erscheint die Schleimhaut desselben im Allgemeinen und auch im untersten stark gekrümmten Abschnitte glatt.

Der processus vermiformis liegt als kleiner gewundener Körper am Blindsacke und fühlt sich hart an. Mit der Sonde kann man in denselben nur bis zur halben Tiefe eindringen; der mittlere Theil des Canals ist impermeabel und aussen durch straffes, adhaerentes Bindegewebe fixirt. Der Fundus des wurmförmigen Fortsatzes stellt einen kleinen blasig aufgetriebenen, weissliche Flüssigkeit enthaltenden Körper dar. Ziemlich viel Galle in der Gallenblase, welche letztere mehrere Ausbuchtungen (wie von Gallensteinen herrührend) bemerken lässt. Gallenblasenschleimhaut stark katarrhalisch afficirt. Leber atrophisch.

III. 1.

Den in der Einleitung gegebenen Andeutungen zufolge dürfte es nunmehr unsere Aufgabe sein, zu-

nächst dies offenbar vorzugsweise in symptomatologischer Richtung belehrende Material in der Art zu verwerthen, dass wir die wichtigsten, constanten Symptome der Perityphlitis auf Grund unserer fünf Krankengeschichten darlegend, 1. ein möglichst zutreffendes Krankheitsbild des perityphlitischen, extraperitonealen, im pericoecalen, suprafascialen Bindegewebe haftenden Processes intra vitam entwerfen und demselben alsdann 2. diejenigen Verschiedenheiten des Verlaufes gegenüberstellen, welche der räumlich so nahe dabei ablaufende intraperitoneale Vorgang einer Anfangs circumscripten, bald aber allgemeinen Peritonitis ex perforatione processus vermiformis aufweisen würde.

Unter den in obigen Fällen von Perityphlitis beobachteten wichtigeren Symptomen stellen wir die oertlichen in erste Reihe und unter diesen wiederum die objectiv wahrnehmbaren.

Inspection und Palpation gemeinsam liessen mit Regelmässigkeit bei unseren Perityphlitis-Kranken in der Ileocoecalgegend eine umschriebene Anschwellung, einen Tumor (im Sinne der Diagnostiker) erkennen.

Diese Anschwellung hatte zwar in den verschiedenen Fällen eine etwas abweichende Grösse und Form, im Allgemeinen jedoch konnte man sie als eine rundliche, wurstförmige beschreiben, was um so begreiflicher ist, als sie im Grunde die Form des Coecum wiederholte. Auch die Richtung dieses Tumors entsprach im Ganzen durchaus der Lage des Blinddarmes, obwohl geringe Abweichungen von letzterer vorkamen. Die Resistenz der circumscripten Anschwellung, (um nicht eine Verwechslung mit einem Pseudoplasma nahe zu legen, vermeiden wir absichtlich den Ausdruck „Geschwulst“)

war eine ziemlich verschiedene, bald mehr elastisch, bald derber und fester, was wiederum sehr erklärlich erscheinen muss, wenn man die verschiedene Art und Weise sich vergegenwärtigt, auf welche die Anschwellung zu Stande kommen kann. Da jedoch hierüber das Urtheil wesentlich auch durch die Percussion bestimmt wird, mag zunächst das Resultat angeführt werden, welches bei der Untersuchung der Ileocoecalgegend durch Percussion sich ergibt.

Uebereinstimmend berichten unsere Krankengeschichten in dieser Beziehung, dass bei den Perityphlitis-Kranken schon ziemlich früh eine deutliche Dämpfung der Percussion in der rechten Fossa iliaca und jenem Tumor entsprechend zu constatiren war, sowie dass diese Dämpfung in dem Maasse zu schwinden pflegte, als die Krankheitssymptome überhaupt nachliessen und der genannte Krankheitsprocess sich seinem Ende näherte. Da normaler Weise in der Ileocoecalgegend, soweit nicht die im Darm vorhandenen Faecalmassen eine verschieden weit reichende oder diffuse Dämpfung bewirken, ein tympanitischer, dem Darm entsprechender Ton zu erwarten ist, wird durch eine circumscripte Dämpfung in der rechten Unterbauchgegend bei gleichzeitigem Nachweis einer Schwellung daselbst durch die Palpation der Beweis geführt, dass die physikalischen Verhältnisse in der Ileocoecalgegend bei Perityphlitis eine Veränderung erfahren haben. In welcher Art aber werden wir uns die resistente Anschwellung (den Tumor) und die durch sie hervorgerufene Dämpfung zu Stande gekommen denken müssen?

Es kann sich offenbar dabei um verschiedene Vorgänge handeln; entweder können Tumor und Dämpfung durch ein Exsudat im pericoecalen Bindegewebe bewirkt

werden, oder sie können daneben oder allein durch reichliche im Coecum angehäufte Faecalmassen entstehen. Ein Tumor ferner kann auch (wie der Sectionsbericht in unserem sechsten Falle beweist) durch starke Aufblähung des Coecum mittelst zeitweise abgesperrter Darmgase erzeugt werden; doch wird über einer derartigen Anschwellung die Percussion nicht gedämpft, sondern stark tympanitisch sein müssen, so dass in unseren Perityphlitis-Fällen von einem Tumor durch Gasauftreibung nicht die Rede sein kann und nur die beiden anderen Entstehungsarten einer Schwellung (durch Exsudat oder Faecalmassen) für uns in Betracht kommen dürfen. Unterscheiden wird man beide Arten dadurch von einander, dass bei Exsudat die Empfindlichkeit grösser und die Dauer des Zustandes eine längere gleichmässigere ist, während Kothansammlungen im Laufe weniger Tage durch die Darmbewegung erhebliche Dislocation zu erfahren pflegen. Auch Lageveränderungen des Kranken können unter Umständen die Form des Tumor und die Percussion derartig modificiren, dass daraus auf die eine oder andere beider Entstehungsweisen geschlossen werden kann. Indessen muss zugegeben werden, dass alle diese Zeichen ein völlig sicheres Urtheil nicht zu jeder Stunde gestatten, und dass man daher recht wohl zeitweise darüber im Zweifel sein kann, ob man einen durch Exsudat oder Faecalmassen, oder durch beides formirten, gedämpften Percussionsschall ergebenden Tumor bei einem Perityphlitis-Kranken vor sich habe.

Abgesehen von dieser circumscripten Anschwellung in der rechten Unterbauchgegend, treffen wir jedoch bei den an Perityphlitis Erkrankten fast regelmässig eine durch Inspection und Palpation nachweisbare

Vergrösserung, Auftreibung des ganzen Abdomens bei mehr oder minder stark gespannten Bauchdecken. Die Percussion über den betreffenden Stellen gibt zumeist einen tympanitischen Schall, und zwar deshalb, weil die Auftreibung des Unterleibes fast gänzlich auf Rechnung von Gasen kommt, welche sich in den theils wenig bewegten, theils an Erschlaffung der Muscularis leidenden Därmen angehäuft haben. Natürlich können vorhandene Kothmassen auch hier modificirend auf die Percussion einwirken. Dass die Spannung der Därme durch Gase das Convolut der Intestina beträchtlich vergrössert, somit auch die dasselbe einschliessenden Bauchdecken in stärkere Spannung versetzt, bedarf keiner näheren Ausführung.

Die Auscultation des Abdomens ergibt bei Perityphlitis nur sparsame und unsichere Zeichen. Mehrmals wird bei unseren Kranken eines glucksenden Geräusches Erwähnung gethan, welches man durch das Ohr, namentlich bei gleichzeitiger leiser Erschütterung des Kranken (Succussion) wahrnimmt. Ohne Zweifel beruht dies Phaenomen auf der Reibung zwischen Luft und Flüssigkeit, welche gleichzeitig im Darm vorhanden sind; da aber diese Erscheinung weder bei Perityphlitis constant ist, noch allein bei dieser Krankheit auftritt, vielmehr bei allen möglichen Zuständen und natürlich auch bei ganz gesundem Darm, weil sie eben überall da beobachtet wird, wo Luft und flüssige Massen im Darm durcheinander geschüttelt werden, so hat das in Rede stehende Symptom keinen sonderlichen diagnostischen Werth. Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle in negativer Richtung erwähnt, dass jenes eigenthümliche, durch leisen Druck hervorzurufende, zugleich fühl- und hörbare Geräusch in der rechten Unterbauch-

gegend, welches man „Ileocoecalgurren“ nennt, und das ebenfalls auf Reibung zwischen Flüssigkeit und Luft beruhend, beispielsweise bei Typhus eine so grosse Rolle spielt, bei Perityphlitis-Kranken kaum jemals vorzukommen pflegt. Auch in unseren fünf Fällen fehlt es vollständig, und man muss hienach jedenfalls annehmen, dass die physikalischen Zustände des Blinddarmes, speciell die Inhaltsverhältnisse dieses Darmstückes bei Perityphlitis ganz andere sind als im Typhus. Ganz besonders dürfte dies darauf beruhen, dass bei dem typhösen Ulcerationsprocesse zumeist flüssige, nicht sehr reichliche Massen neben Gasen das Darmrohr (das Coecum eingerechnet) erfüllen, während bei Perityphlitis, zumal wenn diese, wie meistens aus Typhlitis stercoralis hervorgeht, das Coecum von derberen, consistenten, weniger Gas neben sich duldenden Faecalstoffen gefüllt zu sein pflegt, welche gerade die Darmwand bis zum Eintreten von Entzündung gereizt haben.

Unter den subjectiven Symptomen, welche bei Perityphlitis am Abdomen auftraten, stehen die Schmerzen voran, welche eine regelmässige Klage der Kranken bilden. Und zwar sind diese Schmerzen theils spontan auftretende, welche zunächst der Ileocoecalgegend entsprechend, von dieser aus in verschiedener Richtung, gegen den Nabel hin, in das Epigastrium, in die rechte Unterextremität, die Genitalien etc. ausstrahlen. Die Qualität dieser Schmerzen ist eine verschiedene, bald werden sie als reissend, bald als stechend, meist als sehr heftig, häufig als den Schlaf raubend, geschildert. Anderentheils handelt es sich um Schmerzen, welche erst durch gewisse Bewegungen des gesammten Körpers, Lageveränderungen desselben etc., insbesondere aber durch Bewegungen des rechten Beins

hervorgerufen werden. Endlich sind Schmerzen zu unterscheiden, welche durch Berührung, Druck etc. seitens des Untersuchenden entstehen. In dieser Beziehung pflegt man von einer grösseren oder geringeren „Empfindlichkeit gegen Druck“ zu sprechen und bezeichnet dieselbe bei Perityphlitiskranken durchschnittlich als eine ziemlich hochgradige, namentlich in der unmittelbaren Nachbarschaft des Coecum selbst, ein Zustand, welcher um so weniger auffallen kann, als entzündete oder gar Eiter producirende Parthieen, auch wenn sie ziemlich tief liegen, regelmässig sehr empfindlich gegen Druck sind.

Werfen wir nun noch einen Blick auf die nichtörtlichen, in den übrigen Organen des Körpers auftretenden Symptome bei Perityphlitis, so treffen wir zunächst in den Verdauungsorganen namentlich im Tractus intestinalis bei unseren Kranken erhebliche Störungen. Der Appetit wird constant von vorneherein ein schlechterer und schwindet auch vollständig; dabei zeigt die Zunge einen mehr oder minder dicken Beleg. Frühzeitig tritt ferner sehr oft Erbrechen auf, welches sich in verschiedenen Zwischenräumen wiederholt. Uebelkeit, Aufstossen, schlechter Geschmack im Munde belästigen daneben den Patienten. Die wichtigste Erscheinung vom Darmkanal aus ist jedoch die pathologische Beschaffenheit des Stuhlganges, insofern durchschnittlich anhaltende Verstopfung, hie und da mit Diarrhoe wechselnd, herrscht. Die Verstopfung erreicht mitunter einen sehr hohen Grad und ist abhängig theils von den Processen, welche die Perityphlitis veranlasst haben, z. B. von Typhlitis stercoralis, von catarrhalischen oder exulcerativen Vorgängen im Coecum, zuweilen auch von begleitenden pathologischen Zuständen

in andern Abschnitten des Darmkanals, theils von dem Meteorismus und der Subparalyse der muscularis des Darmes, welche die Bildung eines perityphlitischen Herdes begleiten.

Von den Respirationsorganen aus macht sich als Symptom vorzugsweise die durch den hohen Stand des Diaphragma bedingte Erschwerung des Athmens geltend, während der hohe Zwerchfell-Stand sich aus dem Meteorismus erklärt. In seltenen Fällen haben perityphlitische Abscesse auch nach oben hinter dem Diaphragma ihren Weg in die Brusthöhle gefunden. Gelegentlich übrigens treten auch catarrhalische Processe auf der Bronchial- und Laryngeal-Schleimhaut als Begleiterscheinungen der Perityphlitis auf.

Die Harnorgane liefern bei dieser Krankheit ebenfalls keine hervorstechenden Symptome. Allerdings wurde mehrmals bei unseren 5 Kranken Albuminurie beobachtet, jedoch nur von sehr mässiger Intensität und mehr transitorisch, so dass schwer an eine parenchymatöse Nephritis zu glauben ist, und wenn es sich nicht lediglich um eine Wirkung des Fiebers handelt, wohl höchstens eine Stauungshyperämie in den Nieren angenommen werden kann. Ausserdem werden gelegentlich krankhafte Störungen beim Harnlassen als sympathische Reizerscheinungen, z. B. vorübergehende Strangurie, bei Perityphlitis beobachtet.

Als von den Bewegungsorganen ausgehendes Symptom hätten wir insbesondere die nicht selten auftretende, mit ausstrahlenden Schmerzen verbundene Funktionsunfähigkeit des rechten Beines zu notiren. Taubheit, Eingeschlafensein, Ameisenlaufen in der rechten Unterextremität können ebenfalls durch Druck des perityphlitischen Exsudates auf die Nerven, Thrombose

und Oedem des rechten Beins kann in Folge ähnlichen Druckes auf die Vena cruralis und iliaca entstehen. Auch gehört hieher die nicht selten auftretende Unfähigkeit des Kranken, die rechte Seitenlage einzuhalten, insofern hieran unangenehme Sensationen in der rechten Unterextremität Schuld sein dürften.

Die Haut und das Unterhautbindegewebe anlangend, haben wir es nur selten bei Perityphlitis mit Symptomen zu thun, welche sich auf diese beiden Gewebe beziehen; doch kommen zuweilen locale Oedeme des rechten Beins, der Bauchdecken etc. als Resultate des Druckes perityphlitischer Herde auf die betreffenden Venen vor.

Schliesslich wäre der Fiebererscheinungen Erwähnung zu thun, welche als Steigerung der Athmungs- und Pulsfrequenz, als Erhöhung der Temperatur, als allgemeine Mattigkeit und Prostration neben Perityphlitis wie bei allen acuten fieberhaften Krankheiten verlaufen und deshalb einer besonderen Schilderung nicht bedürfen.

Aus diesen Symptomen setzt sich das Bild der Perityphlitis in einer Weise zusammen, wie dies näher durch die oben dargelegten Krankengeschichten erläutert wird. Eine genauere Beachtung der letzteren lässt auch eine specielle Schilderung sowohl der einzelnen Stadien des perityphlitischen Processes, als solcher Modificationen überflüssig erscheinen, welche durch den leichteren oder schwereren Verlauf der Fälle herbeigeführt werden. Auf einige andere bisher noch nicht berührte, die Perityphlitis betreffende Fragen endlich wird zurückzukommen sein, nachdem wir dem bisher entworfenen Bilde der extraperitoneal im pericoecalen Bindegewebe verlaufenden und (wie wir hier sogleich hinzufügen wollen) in Folge

stercocaler oder ulcerativer Vorgänge im Coecum, oder auch ideopatisch entstandenen, eventuell von aussen nach innen das Coecum perforirenden Perityphlitis, also der Perityphlitis, wie sie bisher von allen Autoritäten der Klinik und pathologischen Anatomie definirt wurde. jene Form von intraperitonealer Entzündung, nämlich jene circumscripte Peritonitis gegenüber gestellt haben. welche gelegentlich allerdings auch das pericoecale Bindegewebe in Mitleidenschaft zieht und ihren Ausgang nimmt von der Perforation oder doch Exulceration des processus vermiformis. Diese Gegenüberstellung bietet um so mehr Interesse, als die bisher von allen Klinikern aufrecht erhaltenen Definitionen der Perityphlitis und circumscripten Peritonitis ex perforatione processus vermiformis, wie wir sie soeben gegeben haben, neuerdings insofern umgestossen werden soll, als man sämmtliche Perityphlitiden von der Perforation des wurmförmigen Fortsatzes ableiten, sie also sämmtlich, so weit überhaupt bei ihnen das pericoecale Bindegewebe noch als entzündet oder vereitert angenommen wird, als Folgezustände einer circumscripten Peritonitis ex perforatione erklären, somit die Perityphlitis im bisherigen Sinne, nämlich sowohl die idiopathische, als die aus stercocaler Typhlitis entstandene, und überhaupt jede in einer extraperitonealen Affection des pericoecalen Bindegewebes allein und ohne Complication mit Peritonitis oder primärer Perforation auftretende Form von Perityphlitis gänzlich aus der Pathologie streichen will. Es wird sich fragen, welche Berechtigung dieser neueren Tendenz zugestanden werden muss; indessen dies sowohl als manches damit Zusammenhängende, für unser Thema Wichtige, dürfte sich eben leichter entscheiden lassen. wenn wir die fünf dargelegten Krankheitsfälle, in denen

es sich um Perityphlitis nach der alten anatomischen Definition handelte, mit einem anderen Krankheitsfalle confrontiren, auf welchen im Grossen und Ganzen die neuere Definition von Perityphlitis passt, obschon in ihm die circumscripte Peritonitis sehr schnell zu einer allgemeinen acuten wurde und auch die Affection des pericoecalen Bindegewebes nicht mit der wünschenswerthen Schärfe hervortritt.

III. 2.

Auch diese sechste Krankheitsgeschichte sammt dem dazu gehörigen Sectionsbefunde ist oben bereits ausführlich mitgetheilt worden, so dass es sich hier nur noch um eine Recapitulation der in diesem Falle beobachteten Symptome und um einen Vergleich derselben mit den in jenen fünf Fällen von Perityphlitis constatirten Symptomen handeln kann.

Was die örtlichen und zwar unter ihnen zunächst die objectiven Symptome betrifft, so war auch im sechsten (Perforations- und Peritonitis-) Falle durch Inspection und Palpation eine Schwellung in der Ileocoecalgegend festzustellen; indessen konnte dieselbe nicht mehr in der circumscripten Weise sich geltend machen, als dies ohne Zweifel Anfangs geschehen war, weil, als die Kranke zur Untersuchung kam, die zuerst circumscripte Peritonitis in eine allgemeine Bauchfell-Entzündung übergegangen war.

Ergänzen wir uns aber die betreffende Lücke aus anderweitigen Erfahrungen, so dürfen wir behaupten, dass eine circumscripte Peritonitis in der Ileocoecalgegend eine der perityphlitischen Geschwulst immerhin ähnliche umschriebene, dem Auge und der Hand bemerkbare, jedoch weniger scharf abgegrenzte Schwell-

ung in der rechten Unterbauchgegend ergibt. Ueber derselben zeigt die Percussion ebenfalls einen stark gedämpft-tympanitischen Schall, ein Phänomen, welches in unserem sechsten Falle wiederum durch die allgemeine Peritonitis erheblich verwischt wird. Sobald nämlich die letztere aus der örtlichen Peritonitis sich entwickelt hat, sobald also die Verhältnisse unseres sechsten Falles vorliegen, ist durch Palpation und Inspection eine Schwellung des gesammten Abdomens zu constatiren, während die Percussion an den seitlichen und unteren, den am Tiefsten gelegenen Partieen der Bauchgegend einen stark gedämpften tympanitischen Schall ergibt, die vorderen und oberen Gegenden der Bauchhöhle aber, in welche das Convolut der Därme hinaufgedrängt ist, einen hell tympanitischen Schall aufweisen. Lageveränderungen des Kranken ändern bei circumscripter Peritonitis den Dämpfungsbezirk nicht, da das abgesackte Exsudat seine Stelle nicht verlassen kann. Bei allgemeiner Peritonitis dagegen fliesst das freie, in der Bauchhöhle bewegliche Exsudat stets an die abschüssigste Stelle und es wird, wenn der Kranke sich z. B. auf die linke Seite legt, die Percussion in der Ileocoecalgegend, welche bei Lagerung auf der rechten Seite eine gedämpft-tympanitische war, zu einer hell-tympanitischen. Ein gewisser Grad von Auftreibung des Bauches bei Spannung seiner Decken kam in Fällen von Perityphlitis auf Rechnung des Meteorismus und tritt, durch denselben Zustand des Darmes veranlasst, ebenfalls sowohl bei circumscripter, als bei allgemeiner Peritonitis hervor. Nur ist bei den letzten beiden Krankheitsformen der Meteorismus durch schnittlich viel intensiver, so dass das Abdomen oft im höchsten Grade gespannt erscheint.

Die Auscultationsphänomene am Abdomen bei Peritonitis sind nicht besonders charakteristisch, da auch hier nur durch Reibung von Luft und Flüssigkeit innerhalb des Darmes eigenthümliche Geräusche, wie wir sie schon bei Perityphlitis kennen gelernt haben, zu Stande kommen können. Allerdings sollte man, sobald Perforation des Darmes vorliegt, auch solche Geräusche erwarten, welche frei in der Bauchhöhle selbst, durch Reibung der eintretenden Darmgase mit der Exsudatflüssigkeit entständen, und ebenso wäre es denkbar, dass dem Austreten von Gasblasen durch die Perforationsöffnung gerade so gut ein Auscultationsphänomen entspräche, wie dies bei Pyo-Pneumothorax der Fall ist, wenn Luft durch die Perforationsöffnung in den Exsudat-Flüssigkeit enthaltenden Pleurasack tritt. Indessen sind alle diese Erscheinungen mehr theoretisch annehmbar, als durch Erfahrung festgestellt, so dass sie eines höheren wissenschaftlichen Werthes zur Zeit noch entbehren.

Von den örtlichen, subjectiv wahrnehmbaren Symptomen treten auch bei der localen Peritonitis in der Ileocoecalgegend, wie bei jeder Form von Peritonitis, die verschiedenen, oben auseinander gehaltenen, Formen von Schmerz stark in den Vordergrund. Sowohl über spontanen Schmerz wird von vorneherein lebhaft Seitens der Kranken geklagt, als auch über Schmerzen bei Bewegungen des Körpers und gegenüber dem Drucke der untersuchenden Hand. Empfunden wird der Schmerz, so lange die Peritonitis circumscript ist, in der ganzen rechten Unterbauchgegend, von welcher aus er jedoch in die Nachbarschaft ausstrahlt. Sobald etwas später allgemeine Peritonitis eintritt, zeigen sich jene drei Arten der Schmerzen im Bereiche des gesammten

Abdomens, wie dies denn auch in unserem sechsten Falle zu beobachten war.

Im Allgemeinen kann man indessen sagen, dass alle drei hier unterschiedenen Formen des Schmerzes bei Peritonitis, gleichviel in welcher Ausdehnung sie besteht, ausserordentlich viel lebhafter zu Tage treten, als bei Perityphlitis, und dass namentlich ein sehr hoher Grad von Empfindlichkeit gegen Druck immerhin eine Peritonitis wahrscheinlicher macht als eine Perityphlitis.

Unter den nichtörtlichen, also nicht am Abdomen auftretenden Symptomen, sind die von den Verdauungsorganen ausgehenden auch bei Peritonitis stark ausgeprägt. Fast niemals fehlt das Erbrechen, welches sich häufig zu wiederholen pflegt und oft überaus qualvoll für die Kranken wird. Häufig stellt sich Singultus ein, das am Meisten hervorstechende Symptom von den Verdauungsorganen aus bleibt aber die regelmässig vorhandene, oft ausserordentlich hartnäckige, Verstopfung. In Subparalyse der Darmmuscularis, Meteorismus etc. begründet, pflegt diese Constipatio alvi den meisten Arzneimitteln anhaltend zu widerstehen. In selteneren Fällen beruht übrigens die Verstopfung auf Unwegsamkeit des Darmes, welche sich in verschiedener Weise mit Peritonitis combiniren kann, und es kommt alsdann zu den Erscheinungen des Ileus, d. h. zu absoluter Stuhlverstopfung, Kothbrechen etc. Auch in unserem sechsten Falle konnte durch zahlreiche Eingiessungen Stuhlgang nicht erreicht werden, obwohl der Grund der Verstopfung hier nur in dem subparalitischen Zustande der Muscularis bei allgemeiner Peritonitis lag. Festzuhalten ist jedoch, dass auch bei circumscripten Peritonitiden, z. B. in der Ileocoecal-

gegend, die Stuhlverstopfung eine sehr beträchtliche sein kann. Uebelkeit, Aufstossen, gesunkener Appetit begleiten überdies selbstverständlich jede Form von Bauchfellentzündung.

Bei dem stark neben Peritonitis ausgeprägten Meteorismus ist der Stand des Diaphragmas gewöhnlich ein sehr hoher, so dass von den Respirationsorganen aus insbesondere Athmennoth als Symptom der Perityphlitis zur Beobachtung kommt.

Von den Harnorganen aus fehlt es meist an bestimmten durch Peritonitis hervorgerufenen Erscheinungen, doch können auch hier Strangurie und andere mit Reizung der Genitalien verbundene krampfartige Erscheinungen an der Harnblase etc. sympathisch zu Stande kommen. Die Complication mit Nephritis und Albuminurie ist dagegen als eine mehr zufällige zu betrachten.

Die Bewegungsorgane dagegen ergeben bei circumscripter Peritonitis der rechten Unterbauchgegend und weiter bei allgemeiner Peritonitis Symptome, welche nicht übersehen werden können. Functionsstörungen und anomale Sensationen im rechten Beine, sowie die Unmöglichkeit, die eine oder andere Körperlage einzuhalten, machen sich darunter am Meisten geltend.

Gelegentlich kann es ferner bei Peritonitis und gerade bei circumscripten Formen derselben durch Druck des entzündlichen Exsudates auf Venen etc. zu localen hydropischen Ergüssen zu Haut- und Unterhautbindegewebe — Oedemen kommen.

Schliesslich treten selbstverständlich bei allen Formen von Peritonitis lebhafte Fieber-Erscheinungen schon sehr früh hervor. Der Puls ist von vorneherein ein sehr frequenter und zeigt dabei auch sonst alle

Erscheinungen des Pulses, wie er neben schweren Entzündungen beobachtet wird. Ebenso ist die Frequenz der Athemzüge vermehrt, die Temperatur wesentlich gesteigert, die allgemeine Mattigkeit und Schwäche eine sehr grosse, und zwar dies alles nicht nur neben allgemeiner Peritonitis, sondern auch schon neben relativ wenig ausgedehnten circumscripten Formen der Bauchfellentzündung.

Unsere sechste Krankengeschichte wird die hier gegebene Recapitulation der Symptome bei Peritonitis durch Detail-Schilderung zu ergänzen im Stande sein, wobei kaum abermals darauf hingewiesen zu werden braucht, dass in jenem sechsten Falle die offenbar im Anfang circumscripte, durch Perforation des processus vermiformis hervorgerufene Peritonitis bereits zu einer allgemeinen acuten geworden war. Auch bedarf es keines näheren Nachweises darüber, dass die Erscheinungen der Peritonitis an sich stets als wesentlich die gleichen sich zeigen, mag nun die Peritonitis durch eine Perforation des processus, resp. eines andern Darmtheiles, oder mag sie durch irgend einen sonstigen anatomischen Vorgang hervorgerufen worden sein. Natürlich hängt jedoch die Stelle, an welcher eine circumscripte Peritonitis auftritt, wesentlich von dem anatomischen Causalmomente ab, so dass die Perforation des processus vermiformis naturgemäss, wenn nicht sofort zu einer allgemeinen Peritonitis, zu einer circumscripten Bauchfellentzündung in der regio iliaca dextra führen muss.

Bei einem Vergleich zwischen den Symptomen, wie sie bei Perityphlitis (diese Krankheit nach bisheriger Sitte anatomisch als Entzündung des pericoecalen Bindegewebes definirt) und wie sie bei circum-

scripter Peritonitis der Ileocoecalgegend auftreten, fällt zunächst die grosse Aehnlichkeit in den Erscheinungen auf, welche beide Krankheiten darbieten. Bei der einen wie bei der anderen localisirt sich der Krankheitsprocess auf das Bestimmteste in der Ileocoecalgegend, markirt sich daselbst durch umschriebene gedämpft-tympanitische Percussion und verräth sich durch spontan und bei Druck auftretenden Schmerz, durch die Folgen des Druckes, welchen das Exsudat auf die Nachbarschaft übt, durch Funktionsstörungen des rechten Beines durch Oedeme etc.

Bei der einen wie bei der anderen Krankheitsform werden andere Organe in Mitleidenschaft versetzt, wie sich dies durch das Eintreten von Appetitstörungen, Singultus, Aufstossen, Uebelkeit, Erbrechen, Stuhlverstopfung etc. zeigt, während der Meteorismus des Tractus intestinalis bei beiden Krankheiten zur Auftreibung des ganzen Abdomens unter Spannung der Bauchdecken sowie zu Athmenbeschwerden durch hohen Stand des Diaphragmas führt. Endlich, um von geringfügigen Symptomen abzusehen, bei beiden Krankheiten stellt sich regelmässig lebhaft Fieber ein. So ähnlich sind hienach sogar die Symptome, durch welche beide Krankheitsprocesse sich manifestiren, dass es sich geradezu als schwierig herausstellt, klare Unterschiede in den bei beiden auftretenden Erscheinungen anzugeben und dass solche Unterschiede schliesslich nicht in irgend welchen, ganz verschiedenen Symptomen, sondern höchstens in verschiedenen Intensitätsgraden der gleichen Symptome gefunden werden können. Insbesondere dürfen die Geschwulst als circumscripter und die Funktionsstörung des rechten Beines als hochgradiger bei Perityphlitis die Schmerzhaftigkeit, der Meteorismus

die Stuhlverstopfung, die Fieberbewegung und der Kräfteverfall als stärker entwickelt bei circumscripter Peritonitis bezeichnet werden. Immerhin bedarf es eines geübteren Diagnostikers, um sofort zu erkennen, welcher der beiden Krankheitsprocesse, Perityphlitis oder circumscripte Peritonitis, in jedem speciellen Falle vorliegt. Ist es freilich zur Bildung eines Abscesses in der Ileocoecalgegend gekommen, welcher, wenn vom pericoecalen Bindegewebe, also von einer Perityphlitis ausgehend, sich in verschiedener Richtung seinen Weg nach aussen bahnen kann, so lassen die näheren anatomischen Verhältnisse einer solchen Eiteransammlung hie und da ebenso mit einiger Bestimmtheit auf die Quelle des Eiters, nämlich auf seinen Ursprung aus Perityphlitis oder circumscripter Peritonitis schliessen, wie andere Male der auf gewisse Nerven oder Blutgefässe geübte Druck einen Fingerzeig darüber gibt, wo man den Ausgangspunkt des Eiters zu suchen habe. intraperitoneal, also im circumscript entzündeten Peritoneum selbst, oder extraperitoneal, im pericoecalen Bindegewebe, das zum perityphlitischen Herde wurde. Im Ganzen übrigens ist es eine grosse Seltenheit, wenn eine circumscripte Peritonitis einen nach aussen durchbrechenden Abcess producirt.

IV.

Im Handbuche der Kinderkrankheiten von Professor Dr. Gerhardt, Tübingen 1880, Band IV, Seite 894, befindet sich eine Abhandlung über Perityphlitis von Dr. Matterstock, in welcher, nachdem eine sehr reichhaltige, deutsche, französische, englische etc. Literatur über die so eben genannte Krankheit angeführt wurde.

nachstehende Behauptung zur Grundlage der ganzen folgenden Arbeit gemacht wird:

„In den neueren Zeiten hat man sich von der „Ansicht zu emancipiren angefangen, die früher die „vorherrschende war, dass das Coecum in der Genese „der Krankheiten der rechten Unterbauchgegend eine „Hauptrolle spiele. Man hat immer mehr die Trag- „weite der Erkrankungen des processus vermiformis „kennen gelernt, und je mehr man seine Aufmerksam- „keit auf dieses kleine und lange vernachlässigte Organ, „resp. dessen Erkrankungen gelenkt hat, desto häufiger „hat man in ihm die erste und fast ausschliessliche „Ursache der in vielen Fällen rasch tödtlich verlaufen- „den Krankheit erkannt, die wir als „Perityphlitis" „bezeichnen."

Im weiteren Verlaufe des Aufsatzes geht die Beweisführung Matterstock's dann geradezu darauf aus, festzustellen, dass eine nennenswerthe andere Ursache für Perityphlitis, als die Perforation des processus vermiformis überhaupt nicht existire. Allerdings handelt Matterstock ausschliesslich von den Krankheiten des Kinderalters, und es fragt sich daher, ob er dasselbe Causalverhältniss zwischen Perityphlitis und Perforation des wurmförmigen Fortsatzes auch für Erwachsene würde behaupten wollen. Indessen tritt die Perforation des processus vermiformis bei einem Theile der Erwachsenen jedenfalls schon deshalb nicht seltener ein wie bei Kindern, weil jene von Gerlach geschilderte Klappe (welche an der Grenze des wurmförmigen Fortsatzes und des Coecum angebracht ist) einerseits zwischen dem dritten und zwölften, andererseits zwischen dem zwanzigsten und vierzigsten Lebensjahre die stärkste Entwicklung zeigt, mit einer kräftigen Ausbildung

dieser Klappe aber die Wahrscheinlichkeit der Koth-Retention und Kothstein-Bildung innerhalb des processus vermiformis parallel geht. Es würden also Erkrankungen, somit auch Perforationen zwischen dem zwanzigsten und vierzigsten Lebensjahre mindestens ebenso häufig sein, wie zwischen dem dritten und zwölften, während Kinder unter drei Jahren und Erwachsene über vierzig Jahre relativ selten pathologische Vorgänge im processus vermiformis darbieten würden, Annahmen, mit welchen die statistischen Erhebungen, so weit sie bisher möglich waren, nach Matterstock allerdings ziemlich übereinstimmen. Wenn also die obige Behauptung Matterstock's zweifellos auch auf einen grossen Theil der Erwachsenen übertragen werden müsste, so fragt es sich um so mehr, ob jene Behauptung a n s i c h gerechtfertigt und ob es wirklich an der Zeit ist, jede andere, als die durch Perforation des processus vermiformis entstandene Perityphtitis geradezu abzuläugnen.

Wir müssen gestehen, dass wir uns hiezu keineswegs ohne Weiteres entschliessen können, und dass wir, wenigstens was die Perityphlitis bei Erwachsenen betrifft, vielmehr eine vermittelnde Stellung zwischen der bisher geltenden und der neuen Lehre einnehmen zu müssen glauben.

Vor Allem können die bisherigen zum Theil sehr gründlichen Beobachtungen unserer sämmtlichen klinischen und pathologisch-anatomischen Autoritäten über Perityphlitis doch nicht sofort als total ungültig erklärt werden. Diese Beobachtungen aber Bamberger's, Rokitansky's, Förster's und unzähliger anderer Forscher ersten Ranges kommen sämmtlich darauf hinaus, festzustellen, dass sowohl eine idiopathische, also spontan,

aus unbekannter Veranlassung ausbrechende, als eine durch stercorale oder exulcerative Typhlitis entstandene Entzündung des pericoecalen suprafascialen Bindegewebes vorkomme, obschon alle diese Autoritäten gleichzeitig anerkennen, dass unter Umständen diese Entzündung des pericoecalen Bindegewebes auch erst in zweiter Reihe, nämlich in Folge einer circumscripten, aus Perforation des processus vermiformis hervorgegangenen Peritonitis entstehen könne. Und in der That, gerade so scheinen uns die Thatsachen auch noch heute zu liegen, so dass wir keine andere Concession an die neue Lehre zu machen haben, als dass wir etwa zugeben, die Fälle, in welchen Perforation des wurmförmigen Fortsatzes die Perityphlitis veranlasse, seien auch bei Erwachsenen häufiger, als man bisher annahm. Dazu aber, sämmtliche Fälle von Perityphlitis, ohne Ausnahme, aus Perforation des processus vermiformis zu erklären, reicht die pathologisch-anatomische Statistik Derjenigen, welche die neue Lehre aufstellen, noch keineswegs aus.

Mit dieser Anschauung, wie wir sie als die unsrige so eben hinstellten, harmoniren offenbar zur Zeit auch die bedeutenden unter den aktiven Klinikern; Niemand wird beispielsweise annehmen wollen, dass in den fünf oben von uns beschriebenen Fällen die Diagnose im Juliusspitale (in der Klinik des Herrn Geheimen Hofrath Gerhardt) auf Perityphlitis gestellt worden wäre, wenn dadurch zugleich hätte ausgesagt sein sollen, dass auch in allen diesen Fällen eine Perforation des processus vermiformis vorlag, aber (da die Kranken genasen) zur Heilung kam. An eine solche Perforation war vielmehr in sämmtlichen fünf Fällen deshalb nicht zu denken, weil ein solches Ereigniss von vorneherein

viel zu schwere Symptome macht und das Leben sofort in viel zu ernster Weise gefährdet, als dass Kranke relativ so leichte und so schnell in vollständige Genesung übergehende Krankheitserscheinungen hätten darbieten können, wie dies bei unseren fünf Patienten der Fall war. Wir glauben daher auch im Einklange mit unserem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimen Hofrath Gerhardt zu sein, wenn wir eine nicht durch Perforation des processus entstehende Form von Perityphlitis neben einer durch diese Perforation zu Stande kommenden Form derselben Krankheit aufrecht erhalten. Und wir hoffen gerade hiedurch auf einem nicht unwichtigen Punkte dem uns gegebenen Winke entsprochen zu haben, welcher uns, wie Eingangs bemerkt, aufforderte, zugleich die enge Zusammengehörigkeit und die anatomische Verschiedenheit der in der Ileocoecalgegend ablaufenden Krankheitsprocesse gebührend zu würdigen.

Druckfehlerberichtigung. Seite 9, Zeile 21: „Peritonealüberzug“ statt Peritonealüberzüg, u. Seite 15, Zeile 9: „Kalichloricum“ statt Kalichlorium.